Formulario aprobado

N° de la OMB. 0930-0389

Fecha de vencimiento 05/31/2025

# Capacitación y Asistencia Técnica (TTA por sus siglas en inglés)GPRA Formulario Posterior al Evento (GPRA-PEF por sus siglas en inglés)

1Se estima que la duración promedio de la carga pública de efectuar informes en relación con esta recopilación de información es de 10 minutos para completar este cuestionario. Envíe cualquier comentario que tenga sobre el cálculo de duración de esta carga o cualquier otro aspecto relacionado con esta recopilación de información a Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Reports Clearance Officer, Room 15E57A, 5600 Fishers Lane, Rockville, MD 20857. Ninguna agencia puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, y ninguna persona está obligada a responder a tal recopilación, a menos que se muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuestos (OMB) vigente válido. El número de control de este proyecto es 0930-0389.

##  Protocolo para nuevo procedimiento GPRA para todos los programas TTA

Los programas de Capacitación y asistencia técnia son programas de SAMHSA financiados con el propósito de apoyar desarrollo comunitario y profesional. Una herramienta uniforme de recopilación de datos será usada por todos los beneficiarios de TTA.

Ley de Desempeño y Resultados Gubernamentales (GPRA por sus siglas en inglés) Formulario Posterior al Evento (GPRA-PEF por sus siglas en inglés)

* Este formulario recopilará información sobre los antecedentes y la satisfacción de los participantes con el evento TTA.
* El GPRA-PEF será usado para todos los eventos (presentaciones, capacitaciones, asistencia técnica, y reuniones) independientemente de la duración del evento.

###  TTA GPRA Formulario Posterior al Evento (GPRA-PEF)

Nombre del evento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sírvase escribir claramente en letras de molde en las casillas a continuación usando tinta azul o negra. Escriba solamente un número o letra por cada espacio. Solamente letras mayúsculas. **Proporcione los últimos 3 dígitos de su código postal personal; últimos 4 dígitos de su número de teléfono, 2 dígitos de su año de nacimiento, primeras 3 letras de su nombre preferido.**

**Código personal (sírvase escribir en letras mayúsculas): Ej.** **734036172BRI**

**Proporcione instrucciones únicas para identificarse (12 caracteres)**

**\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_**

**ÚLTIMOS 3 DÍGITOS DE CÓDIGO POSTAL ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DE NÚM DE TELÉFONO AÑO DE NACIMIENTO PRIMERAS 3 LETRAS DE NOMBRE PREFERIDO**

1. ¿Qué considera usted que es?

 Hombre

 Mujer

 Transgénero (hombre a mujer)

 Transgénero (mujer a hombre)

 Género no conforme

 Otro (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Prefiere no contestar

1. ¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

 Sí

 No

 Prefiere no contestar

 *[SI LA RESPUESTA ES SÍ]* ¿De qué grupo étnico considera usted que es? Puede indicar más de uno.

 Centroamericano

 Cubano

 Dominicano

 Mexicano

 Portorriqueño

 Sudamericano

 Otro (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Prefiere no contestar

1. ¿Cuál es su raza? Puede indicar más de una.

 Negra o afroamericana

 Blanca

 Nativa americana

 Nativa de Alaska

 Indo asiática

 China

 Filipina

 Japonesa

 Coreana

 Vietnamita

 Otra asiática

 Nativa de Hawái

 Guameña o chamorra

 Samoana

 De otras islas del Pacífico

 Otra (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Prefiere no contestar

1. ¿Considera usted que es…

 Heterosexual

 Homosexual (gay o lesbiana)

 Bisexual

 Queer, pansexual, y/o cuestionándose

 Asexual

 Otra (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Prefiere no contestar

1. Seleccione la mejor categoría que describe su comunidad (Seleccione una o más):

 Comunidad metropolitana o suburbana *(comunidades ubicadas en una ciudad o pueblo)*

 Comunidad tribal *(cualquier tribu, población, nación, pueblo, aldea, o comunidad Nativa americana o Nativa de Alaska)*

 Comunidad rural o fronteriza *(áreas poco pobladas que están geográficamente aisladas de centros poblados y servicios, usualmente tienen pocas casas u otros edificios, y pocas personas)*

 Desconocido

 Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es el título más alto que ha recibido usted? (Seleccione uno):

 Inferior a 12° grado

 12° grado/título de secundaria/equivalente

 Título vocacional/técnico (voc/tech)

 Algo de carrera universitaria o estudios superiores

 Título de grado (por ejemplo: Bachelor of Arts [BA], Bachelor of Science [BS])

 Trabajo de posgrado/título de posgrado

 Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Prefiere no contestar

1. ¿Cuál es su ocupación/profesión primaria? (Seleccione una):

 Profesional en adicción

 Psiquiatra

 Psicólogo(a)

 Consejero(a)/terapeuta (todos tipos)

 Trabajador(a) social

 Asesor(a) de recuperación

 Especialista en recuperación entre pares

 Especialista en prevención

 Administrador(a) de casos/coordinador(a) de atención

 Supervisor(a) clínico(a)

 Líder espiritual

 Trabajador(a) comunitario(a) de salud/Educador(a)/Educador(a) de salud

 Profesional de justicia penal/de los cuerpos policiales

 Administrador(a) público o de empresas

 Evaluador(a)

 Médico(a)

 Médico(a) asociado(a)

 Farmaceútico(a)

 Enfermero(a)/Enfermero(a) practicante

 Enfermero(a) registrado(a) de práctica avanzada

 Partera

 Profesor(a)/educador(a)

 Dentista

 Estudiante

i. A tiempo completo \_\_\_\_\_

ii. A tiempo parcial (sin trabajo)\_\_\_\_\_

iii. A tiempo parcial (trabajando)\_\_\_\_\_

 Dueño(a) de un negocio

 Trabajador(a) rural o Granjero(a)

 Pariente / cuidador(a)

 Jubilado(a)

 Otra (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Si es Estudiante, ¿cuál es su campo de estudio principal?

 No corresponde; no es estudiante

 Medicina de la adicción

 Consejería

 Justicia penal/Cuerpos policiales

 Medicina (general o residencia)

 Enfermería (general o enfermero(a) registrado(a))

 Enfermería practicante

 Especialista en apoyo de pares o de recuperación

 Farmacia

 Médico(a) asociado(a)

 Ciencia preventiva

 Psiquiatría

 Psicología

 Salud pública (maestría o doctorado)

 Asesor(a) de recuperación

 Trabajo social

 Programa de certificación

 Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuál de los siguientes describe mejor su entorno profesional principal? (Seleccione uno):

 No corresponde; sin empleo

 Gobierno estatal/del condado/de jurisdiccional/territorial/tribal

 Programa de tratamiento por trastornos de consumo de sustancias

 Programa de prevención por trastornos de consumo de sustancias

 Programa comunitario de apoyo para la recuperación

 Hogar grupal

 Centro de vivienda transicional/de apoyo

 Clínica o programa de tratamiento de salud mental (Programa comunitario de salud mental)

 Salud comunitaria/Coalición de salud comunitaria

 Coalición comunitaria

 Atención primaria

 Centros de Salud Federalmente Calificado (FQHC por sus siglas en inglés)

 Hospital

 Hospital psiquiátrico estatal o privado

 Red de servicios para personas mayores

 Centro de enfermería especializada

 Justicia penal/penitenciario (corte, prisión, cárcel, prisión/libertad condicional, TASC)

 Fuerzas armadas/Administración de Veteranos (VA por sus siglas en inglés)

 Entorno de estudios superiores

 Entorno de educación primaria o secundaria

 Organizaciones basadas en la comunidad (incluidas organizaciones basadas en la fe)

 Autónomo(a) (cualquier tipo de negocio)

 Granja o establecimiento rural

 Organización dirigida por familia o consumidores

 Cuidado doméstico

 Albergue

 Gobierno

 Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es el Código postal de su entorno profesional principal o escuela (si es estudiante)?
2. ¿Qué tan satisfecho(a) estuvo con la calidad general de este evento?

 Muy satisfecho(a)

 Satisfecho(a)

 Neutral

 Insatisfecho(a)

 Muy insatisfecho(a)

1. Espero que este evento me beneficie a mí y/o a mi comunidad.

 Muy de acuerdo

 De acuerdo

 Neutral

 En desacuerdo

 Muy en desacuerdo

*Si es proveedor(a) de atención médica, consejero(a), prevencionsta, trabajador(a) social, o educador(a) activo(a) o trabaja en el campo de justicia penal/los cuerpos policiales.*

1. Espero que este evento mejore mi capacidad de trabajar de manera efectiva.

 No corresponde

 Muy de acuerdo

 De acuerdo

 Neutral

 En desacuerdo

 Muy en desacuerdo

1. Recomendaría este evento a un amigo/colega.

 Sí

 No

**Preguntas abiertas:**

1. ¿Qué parte del evento fue más útil para usted? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Cómo podría ser mejorado este evento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gracias por completar nuestra encuesta.**

 *Devuelva su encuesta al Administrador(a) de envuesta de su sesión.*